Sage-femme et baby-blues

Aux premières loges des psychodyna

À l'heure où la grossesse et la maternité sont encensées par la publicité et autres médias, il est bon, pour nous soignants qui sommes présents dans ce moment-clé qu'est l'émergence d'une nouvelle famille, de se souvenir que tout n'est pas toujours aussi parfait que notre société nous le montre.

Le «baby-blues» ou le «post-partum blues» est décrit comme un trouble de l'humeur léger et transitoire dont l'origine est l'interaction mère-enfant et la psychodynamique qu'elle sous-tend. Il se manifeste entre le 1er et le 10e jour suivant la naissance, avec une incidence maximale au 3e jour. Il se caractérise principalement par des troubles de l'humeur et une instabilité émotionnelle (tristesse, joie, crainte, irritabilité), une asthénie avec des plaintes somatiques diverses (insomnie, maux de tête, problèmes digestifs).
S'il s'avère bénin, il peut néanmoins être le point de départ d'une dépression du post-partum. Plus rarement, la décompensation peut tourner à la psychose puerpérale. De nombreuses études ont été effectuées afin d'en trouver la cause; celles-ci ont porté sur la recherche de facteurs comme la parité, les difficultés obstétricales ou dans les soins du nouveau-né, un poids de naissance inférieur à 2 kg, l'alimentation au biberon, des facteurs démographiques et sociaux (âge, ethnie, classe sociale, statut conjugal ou professionnel, des événements et conditions de vie), des facteurs psychologiques liés au rejet ou à l'ambivalence à l'égard de la grossesse et à la peur de l'accouchement. Si la théorie d'une variation brutale des taux hormonaux dans les jours suivants la délivrance a longtemps tenu le haut du pavé, aucune n'a fait l'unanimité des chercheurs (Cf. Chabrol). Le baby-blues n'est donc pas l'unique résultat de données concrètes et conscientes mais d'une interaction multifactorielle. En effet, l'expérience de la mise au monde mêle le deuil de la grossesse, la séparation physique de l'enfant, l'émergence de conflits internes et non résolus qui vont interférer avec les difficultés réelles de l'apprentissage des soins au nouveau-né et avec le processus lent de la création du lien mère-enfant.

Elvire Sheikh-Enderli, infirmière sage-femme

La nostalgie de la plénitude persiste plus ou moins. «Boule», Alma Dupont.

Prévention primaire

Empêcher l'apparition du baby-blues

- Encourager et favoriser la participation au cours de préparation à la naissance (PN) pour une meilleure connaissance de son corps et du processus de l'enfantement (pouvoir éventuellement construire un projet de naissance). Apprivoiser l'inconnu et faire tomber les incertitudes permet de diminuer l'anxiété.
- Intégrer le père au processus de la grossesse et de l'accouchement, en le faisant participer notamment au cours PN et en préparant sa présence et son rôle lors de l'accouchement.
- Aider les futurs parents à anticiper et préparer l'arrivée de l'enfant (quoi et quand acheter le matériel nécessaire au nouveau-né), par une information précise et adaptée, leur permettre d'être au clair sur quels sont leurs droits et leurs obligations en tant que jeunes parents. Ceci afin d'aborder le post-partum avec plus de sérénité.
- Essayer, dans la mesure du possible, de régler les conflits internes. En effet, il y a souvent «renaissance du vécu émotif de son enfance et notamment du lien à sa propre mère». La grossesse est un moment privilégié pour clarifier les problèmes affectifs non résolus et pouvoir mettre le doigt sur ce qui fait peur. Il est donc important de clarifier son passé pour se libérer et mieux vivre sa maternité.
- Favoriser une entrée en relation avec son bébé in utero par des concepts tels que l'haptonomie, «science de l'affectivité» qui met en jeu la triade mère-père-enfant par un contact «psychotactile» qui favoriserait un rapprochement prénatal.

Une telle approche demande non seulement un suivi régulier par la sage-femme pendant la grossesse mais aussi et surtout une écoute active et sensible des besoins et représentations de la femme enceinte et du futur père. De ce dialogue, les peurs et les craintes sous-jacentes seront mises en avant avec une recherche commune de solutions envisageables.

Prévention secondaire

Empêcher le processus pathologique dès que possible

- Aider les parents à entrer en communication avec leur enfant: il s'agit de mettre à jour les divers mécanismes parentaux (fantasmes, projections, identifications) qui structurent la relation à l'enfant et qui est la première étape dans le processus d'attachement. Cela implique une écoute sensible du discours verbal et non verbal de la mère, ainsi qu'une mise en avant des compétences du nouveau-né et de sa maman afin de permettre une rencontre entre ces deux partenaires. En effet, le bébé est acteur dans l'interaction car il naît avec des compétences sensorielles forgées pendant sa vie intra-utérine. Cette rencontre sera aussi facilitée par un contact précoce. Dans les premières heures du post-partum, la femme vit un état psychoaffectif particulier et transitoire au cours duquel le lien se crée de manière optimale en faisant naître des sentiments d'amour, de sécurité et de joie. C'est la force de ce lien qui va empêcher de baisser les bras lors de moments difficiles et diminuer l'incidence de mauvais traitements et abandon d'enfants. Cette promiscuité mère-bébé sera maintenue durant tout le séjour à la maternité en favorisant le «rooming in», c'est-à-dire une prise en charge globale du duo mère-enfant en diminuant le plus possible leur séparation.
- Favoriser la santé psychique de la mère pour une base solide à l'établissement des premiers liens. Il y a à nouveau cette idée de régler les conflits internes vus en prévention primaire. Si cela n'a pas pu se faire durant la grossesse, les soignantes du post-partum peuvent être une aide à cette clarification d'événements non résolus affectivement. Il s'agit alors d'identifier les vulnérabilités sous-jacentes qui peuvent être d'origine somatique (deuil non terminé après fausse couche, mort in utero, interrup-

miques familiales

tion de grossesse), sociale (solitude, rupture du lien conjugale, immigration), psychique (difficulté d'enfanter, crise d'identité, mauvaise estime de soi). Si les signes du baby-blues sont déjà présents, il peut s'avérer utile de pratiquer un debriefing, c'est-à-dire une intervention psychologique par un non-spécialiste afin de réduire l'anxiété et les signes de dépression après un événement traumatisant. Or, même le plus normal et le moins stressant des accouchements est vécu comme quelque chose de capital dans la vie d'une femme, d'où la nécessité de faire le point afin de l'intégrer parmi ses expériences de vie. Il est donc nécessaire de revenir avec la jeune accouchée sur son vécu; celui de sa grossesse, son vécu de femme au sein d'une famille et d'une société, celui de son accouchement. En effet, l'émergence de traumatismes enfouis permet leur identification et leur intégration pour un psychisme ouvert à l'accueil et à l'amour.

- Renforcer le comportement positif de la mère, la valoriser dans son nouveau rôle. Il s'agit d'aider à construire une confiance en soi, confiance dans ce nouveau rôle que la vie attribue en devenant maman. Pour y arriver, il est essentiel de partir des représentations et des attentes propres à chaque mère. En effet, les soignantes ne délivrent pas un «mode d'emploi» unique mais aident à faire surgir les ressources et à les valider. Il y là tout le concept de «maternalité» qui est l'ensemble des perceptions, représentations mentales, affects, désirs, souvenirs et comportements qui se rapportent à l'enfant. Tout le vécu affectif de la femme va apparaître dans son interaction avec son bébé, d'où l'importance d'un psychisme sain. Néanmoins, la femme doit

Aujourd'hui, la jeune maman est souvent seule et n'a plus de réseau sur lequel s'appuyer. Si un problème survient, qui va la conseiller et la rassurer?

non seulement faire le deuil de la grossesse et de l'enfant imaginaire, mais aussi intégrer ce passage qu'est l'accouchement et investir ce nouvel être de nouvelles représentations mentales. Devant cette multitude d'affects et cette complexité psychoaffective, la femme a besoin d'un guide pour franchir ce cap avec harmonie et ne pas glisser sur la pente de la dépression. Cependant, tout en gardant un œil sur une évolution pathologique du lien mère-enfant, le personnel soignant doit se préserver d'induire le pathogène et privilégier le non-jugement, délétère dans cet état particulier que Winnicott a qualifié de «préoccupation maternelle primaire» (Cf. Lavender).

Prévention tertiaire

Empêcher une rechute et réduire les risques de complications du baby-blues

- Savoir reconnaître les signes d'une évolution pathologique du baby-blues afin d'éviter de basculer dans la dépression du post-partum, voire dans la psychose puerpérale. Devant de tels signes, il peut s'avérer nécessaire d'instaurer un suivi à domicile par une sage-femme indépendante. Celle-ci sera un repère pour la jeune maman qui en manque. Elle pourra répondre aux craintes et questions, la guider dans son nouveau rôle, la valoriser, assurer la continuité d'un allaitement (renforçant encore le lien mère-enfant) et être attentive à d'éventuels dérapages psychiques. Par contre, si les signes sont alarmants, il convient de guider la jeune mère vers un spécialiste de l'âme humaine, à savoir un psychologue ou un psychiatre. Ceci demande l'établissement d'une relation de confiance et de respect, empreinte d'empathie et de compréhension, ainsi que d'une disponibilité de temps et d'esprit... Il s'agit également de déculpabiliser la maman qui ne sent pas adéquate, ne répondant pas aux «normes» édictées par nos sociétés d'une maternité épanouie. A cela se surajoute le poids d'une responsabilité devant cet être dépendant alors qu'elle-même se sent également dépendante... Il s'agit alors de lui expliquer le processus psychique du baby-blues et trouver avec elle le bon chemin.
- Il faut aussi tranquilliser le jeune père car il est une ressource essentielle apportant outre son soutien, sa différence; il est donc important qu'il devienne partenaire. Pour cela, lui aussi doit comprendre et trouver sa place. Il est bien d'inclure le conjoint et si possible l'entourage afin qu'ils aident la jeune maman à trouver ou retrouver son rôle et son estime. On sait malheureusement que, dans nos sociétés, on est à l'heure de l'individualisme où chacun se bat, court après son propre bonheur, laissant peu de temps à l'altruisme...

Il convient donc de créer des bases saines pour permettre aux parents de rencontrer leur enfant, de lui faire confiance pour se faire confiance. Par un mélange d'écoute, de soutien, de conseils et de compassion, on favorise l'émergence du vécu de la jeune accouchée et on permet la découverte de ses compétences maternelles au travers de celles de son bébé. Ceci est renforcé par le respect du «bonding» et «rooming in».

Ainsi, dans une optique de promotion de la santé, les sages-femmes, aux premières loges de cette psychodynamique familiale, doivent mettre à profit leur savoir-faire et savoir-être. Malheureusement, dans nos maternités, ce rôle est entravé par diverses contraintes: le cloisonnement des services fait que la parturiente ne peut bénéficier d'une même sage-femme, qui serait un point de repère. La durée du séjour post-partum tend à diminuer de plus en plus poussant à ne se préoccuper que de l'apprentissage des soins au nouveau-né. Une compression toujours plus grande du personnel en milieu hospitalier renforce encore la tendance à mettre de côté le psychoaffectif.

Bibliographie:

- *Geneviève Binel:* Prématurité et rupture du lien mère-enfant, Gaëtan Morin, Montréal 2000.
- *Julie Bonapace:* Accoucher en douceur, quand le père s'en mêle, Les dossiers de l'obstétrique n°283, mai 2000.
- *Dr Monique Bydlowski:* Du «blues» à la dépression maternelle postnatale, Les dossiers de l'obstétrique n°285, juillet 2000.
- *Henri Chabrol:* Les dépressions de la maternité, coll. Que sais-je? PUF, Paris 1998.
- *Sandra Gary:* Influence de la préparation à la naissance sur les interactions mère-bébé à deux jours de vie, Les dossiers de l'obstétrique n°283, mai 2000.
- *Sheila Kitzinger:* Préparer à l'accouchement, Pierre Marelaga, Bruxelles 1978.
- T. Lavender, S.A Walkinshow, Les sages-femmes peuvent-elles réduire la depression post-partum? Sage-femme suisse n°1, 2000.
- *Dr Michel Lochowsky:* Baby-blues: petit essai de définition, Les dossiers de l'obstétrique n° 285, juillet 2000.
- *Drs J. Monzano, M.R Velrema, E. Conne Perreard:* Le syndrome de dépression du pré-partum, Sage-femme suisse n°6, 2001.
- *Pascale Rosefelter:* Bébé blues, La naissance d'une mère, Calmann-Lévy, Paris 1992.
- *Daniel N. Stern, Nadia Bruschweiler-Stern:* La naissance d'une mère, Odile Jacob, Paris 1998.